



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS E SAÚDE**  
**CURSO DE NUTRIÇÃO**

**A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE NA COMPULSÃO ALIMENTAR EM  
UNIVERSITÁRIAS NO CURSO DE NUTRIÇÃO**

**ARIEL PEREIRA DE FREITAS**  
**MATEUS FOLETTO LORENZI**  
**Prof: DAYANNE DA COSTA MAYNARD**

**BRASÍLIA, 2020**

Data de apresentação: 05/08/2020

Local: UniCEUB, campus Taguatinga II

Membro da banca: Simone Almeida e Pollyanna Ayub

## RESUMO

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Já o comportamento alimentar no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come. O presente estudo buscou avaliar uma possível influência direta entre a presença do transtorno de ansiedade generalizado (TAG) sobre o transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP) e analisar a relação entre a imagem corporal com a ansiedade, tendo como público alvo, mulheres estudantes de um Centro Universitário particular localizado em Brasília - DF. Sendo realizado através de dois questionários de coleta de dados autoaplicáveis, a Escala de Compulsão Alimentar (ECAP), e o instrumento GAD-7. Para avaliar a percepção de tamanho e forma corporal foi utilizado a Escala de Silhuetas. A amostra foi composta por 102 participantes, ao qual 15,3% apresentou compulsão alimentar periódica, 81,6% apresentou ansiedade, 18,7% das estudantes que apresentaram ansiedade também apresentaram algum nível de compulsão alimentar, porém nenhuma das estudantes sem ansiedade apresentaram CAP. Foi verificado também a imagem corporal, onde 55,4% gostariam de possuir silhueta menor do que a silhueta que ela se identificou e 82,2% visualizam ser maior do que a silhueta baseado no IMC, também foi observado que 62,7% das estudantes com ansiedade gostariam de possuir silhueta menor do que a silhueta que ela se identificou. Conclui-se que existe uma relação direta entre ansiedade e compulsão alimentar, e também relação da ansiedade e CAP na insatisfação da imagem corporal.

**Palavras- Chaves:** ansiedade, compulsão alimentar, IMC, imagem corporal, mulheres, universitárias.

## INTRODUÇÃO

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono (PHILLIPS *et al.*, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, 21% da população do continente americano apresentou transtorno de ansiedade e, no Brasil, 9,3% da população, com a maior prevalência entre mulheres.

O comportamento alimentar no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come, comer mais rápido do que o normal, comer até sentir-se cheio, comer muito mesmo sem estar sentindo fome, comer sozinho por embaraço pelo tanto que ingere e, sentir-se envergonhado, triste ou culpado após o episódio. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (APA, 1994; SPITZER, 1993; PALAVRAS *et al.*, 2011).

Spitzer (1994) realizou um estudo com dois mil participantes, onde, já indicava que mulheres têm mais tendência a desenvolver o TCAP do que homens, nos dados encontrados mostrou que 29,7% da amostra eram mulheres que apresentavam TCAP, já entre os homens o TCAP foi encontrado em 21,8%.

Sabendo da alta prevalência do TAG e TCAP na população brasileira, o tema se mostrou importante para analisar, com uma visão mais abrangente ambos os transtornos, tendo em vista que um pode exercer influência sobre o outro,

oferecendo dessa forma, uma orientação sobre um possível tratamento que possa haver melhora em ambos transtornos.

Com isso, esse estudo trouxe como objetivo avaliar a existência de influência direta da ansiedade no desenvolvimento do transtorno de compulsão alimentar periódica e suas prevalências.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Primário**

Avaliar a influência da ansiedade na compulsão alimentar de universitários de um Centro Universitário de Brasília.

### **Objetivos Secundários**

1. Verificar a prevalência de ansiedade da amostra estudada;
2. Investigar a prevalência da compulsão alimentar dos participantes;
3. Analisar a correlação da imagem corporal entre as pessoas classificadas com ansiedade;
4. Averiguar a relação entre IMC e ansiedade na amostra estudada.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Sujeitos da pesquisa**

O estudo foi realizado com estudantes do curso de nutrição.

### **Desenho da pesquisa**

Foi realizado um estudo por meio de uma pesquisa de campo, transversal e descritiva.

### **Metodologia**

O estudo teve como público-alvo mulheres estudantes de um Centro Universitário de Brasília. A seleção da amostra foram mulheres entre 18 a 60 anos cursando Nutrição. Para avaliar os transtornos foram utilizados dois questionários, sendo um a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (ANEXO 1), e outro sendo GAD-7 de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (ANEXO 2), além da Escala de Silhuetas de Stunkard (ANEXO 3) que tem o intuito de avaliar transtornos de imagem corporal.

O primeiro questionário é sobre TCAP e foi desenvolvido por Gormally et al. em 1982, sendo autoaplicável que classifica o nível de compulsão alimentar em sem compulsão, compulsão moderada e compulsão grave.

O instrumento é dividido em três partes. Na primeira parte, com as características da compulsão alimentar periódica (TCAP), com um grupo de 16 itens, destes, oito são manifestações comportamentais, como por exemplo, comer escondido, e oito descrevem sentimentos e cognições, como por exemplo, sensação de falta de controle depois do episódio relacionadas à TCAP. Na segunda parte, afirmativas que refletem a gravidade de cada característica, e a elas são designados pontos de 0 a 3. Na terceira parte, são três dimensões para criar um critério externo de gravidade da TCAP: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de TCAP. Cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, incluindo desde a ausência, 0 pontos, até a gravidade máxima, 3 pontos, da TCAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem TCAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com TCAP moderada; e

aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com TCAP grave (MARCUS et al., 1985).

O segundo instrumento utilizado foi o GAD-7, desenvolvido por Spitzer *et al.* em 2006 e foi traduzido e validado pela empresa Pfizer. O instrumento é composto por sete itens autoaplicáveis que utiliza como critérios o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais para TAG com intuito de identificar prováveis casos de TAG e a gravidade dos sintomas.

O indivíduo deve classificar a frequência dos sintomas nas últimas duas semanas em uma escala que vai de 0 a 3, onde, 0 é nada, 1 é vários dias, 2 é mais da metade dos dias e 3 é quase todos os dias. Os itens são somados para obter a pontuação total. A pontuação se dá pela soma dos itens, sendo, escores de 1 a 4 são sintomas mínimos, 5 a 9 são sintomas leves, 10 a 14 são sintomas moderados e de 15 a 21 são sintomas graves.

O terceiro instrumento utilizado foi a Escala de Silhuetas proposta por Stunkard et al. (1983), que tem a finalidade de avaliar a percepção de tamanho e forma corporal. A escala consiste de um conjunto de dezoito imagens, nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas, que representam figuras humanas com nove variações em ordem de tamanho corporal. A aplicação (“escolha”) consiste em a figura ser mostrada a cada indivíduo e este aponta a que mais se aproxima da sua aparência. Este instrumento é respondido individualmente, sem a presença de um interlocutor, para que não haja interferência nas respostas (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

A escala de figuras de silhuetas consiste em variações progressivas na escala de medida, da figura mais magra à mais larga, com IMC médio variando: 17,5 kg/m<sup>2</sup> (figura 1); 20,0 kg/m<sup>2</sup> (figura 2); 22,5 kg/m<sup>2</sup> (figura 3); 25,0 kg/m<sup>2</sup> (figura 4); 27,5 kg/m<sup>2</sup> (figura 5); 30,0 kg/m<sup>2</sup> (figura 6); 32,5 kg/m<sup>2</sup> (figura 7); 35,0 kg/m<sup>2</sup> (figura 8) e 37,5 kg/m<sup>2</sup> (figura 9) (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006). Vale ressaltar que a escala de Silhuetas foi apresentada duas vezes para os participantes, sendo a primeira no intuito do participante assinalar a imagem que ele acredita possuir, e a segunda escala assinalar a imagem que ele deseja possuir.

Para avaliar o IMC, foi utilizado o peso e altura informados pelos participantes, ao qual com esses valores foram calculados o IMC pela fórmula:  $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ . A classificação para IMC utilizada seguiu os parâmetros da Organização Mundial da Saúde no qual, <16,0 kg/m<sup>2</sup> Magreza III, 16,0 a 16,9 kg/m<sup>2</sup>

Magreza II, 17,0 a 18,5 kg/m<sup>2</sup> Magreza I, 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> Eutrofia, 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> Sobrepeso, 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup> Obesidade I, 35 a 39,9 kg/m<sup>2</sup> Obesidade II e  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> Obesidade III.

A plataforma do *Google Forms* foi utilizada para aplicar os questionários, ao qual foi enviado o link a coordenadora do curso de Nutrição para enviar aos respectivos representantes das turmas. Todos os questionários foram anônimos, onde o entrevistado apenas informou o semestre, idade, peso usual e altura.

O período de coleta das amostras foi realizado entre os meses de abril e maio de 2020.

### **Análise de dados**

Após utilizar a plataforma do *Google Forms*, com as respostas obtidas foi montado uma planilha no *Excel OFFICE 365* para somar e classificá-los individualmente. Para análise estatística foi utilizado o software SPSS (versão 21), utilizando para comparação das variáveis o qui-quadrado e tendo como relação estatística  $p < 0,05$ .

### **CrITÉRIOS de inclusão**

Os critérios de inclusão foram mulheres entre 18 e 60 anos do curso de Nutrição, e que aceitaram participar de maneira voluntária na pesquisa.

### **CrITÉRIOS de exclusão**

Foram excluídas mulheres que não estavam na faixa etária, mulheres de outros cursos não selecionados ou participantes que não assinalaram o termo de consentimento e homens que fizeram o questionário.

### **Aspecto éticos**

Os procedimentos metodológicos desta pesquisa foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Antes da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi solicitada à instituição participante a assinatura no Termo de Aceite Institucional. A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do comitê de ética e pesquisa



do UniCEUB com o número 4.009.191. Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

## RESULTADOS

A média de idade foi de 25 anos ( $\pm 7$ ) entre as participantes, uma média de 61,61 ( $\pm 13,44$ ) kg de peso e uma média de 1,63 ( $\pm 0,06$ ) m de estatura (Tabela 1). Na tabela 2, foi calculado a classificação do IMC, onde, obteve-se que, a maioria das estudantes (66,3%) são eutróficas, 15,2% possui sobrepeso e 8,7% possui obesidade.

*Tabela 1.* Média e desvio padrão da idade, peso e estatura das universitárias. Brasília-DF, 2020.

	Média	Desvio padrão
<b>Idade</b>	<b>25</b>	<b>7</b>
<b>Peso</b>	<b>61,61</b>	<b>13,44</b>
<b>Estatura</b>	<b>1,63</b>	<b>,06</b>

*Tabela 2.* Distribuição do estado nutricional das universitárias segundo o IMC. Brasília-DF, 2020.

	N	%
<b>Classificação do IMC</b>		
<b>Baixo peso</b>	<b>9</b>	<b>9,8%</b>
<b>Eutrofia</b>	<b>61</b>	<b>66,3%</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>14</b>	<b>15,2%</b>
<b>Obesidade</b>	<b>8</b>	<b>8,7%</b>

Já na tabela 3, são apresentados os resultados dos testes de compulsão alimentar e ansiedade. Observou-se que 15,3% das participantes apresentaram compulsão alimentar e a maioria das estudantes foi classificada com algum nível de ansiedade representando 81,6% da amostra total.

*Tabela 3.* Distribuição da classificação da compulsão e ansiedade das universitárias. Brasília-DF, 2020.

		N	%
<b>Escala de compulsão</b>	<b>Sem CAP</b>	<b>78</b>	<b>84,8%</b>
	<b>CAP moderada</b>	<b>11</b>	<b>12,0%</b>
	<b>CAP grave</b>	<b>3</b>	<b>3,3%</b>
<b>Classificação da Ansiedade</b>	<b>Sem ansiedade</b>	<b>17</b>	<b>18,5%</b>
	<b>Ansiedade leve</b>	<b>34</b>	<b>37,0%</b>
	<b>Ansiedade moderada</b>	<b>18</b>	<b>19,6%</b>
	<b>Ansiedade grave</b>	<b>23</b>	<b>25,0%</b>

A tabela 4 mostra a média de qual imagem corporal as estudantes se veem e qual elas desejariam ter e qual é a silhueta de acordo com o IMC delas, podemos observar que a média da imagem escolhida foi a imagem número 4, que tem o IMC de 25,0 kg/m<sup>2</sup> classificado como sobrepeso, e a média da imagem que elas desejariam ter foi a imagem 3 ( $\pm 1$ ), que tem o IMC de 22,5 kg/m<sup>2</sup> classificado como eutrofia, e a média da imagem da silhuetas pelo IMC foi a imagem 3, percebendo uma distorção e insatisfação corporal entre a maioria das estudantes.

*Tabela 4.* Média e desvio da escala de silhuetas que as universitárias se veem, deseja ter e com base no IMC. Brasília-DF, 2020.

	Média	Desvio padrão
<b>Escala de silhuetas que se vê</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Escala de silhuetas que deseja</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Silhuetas com base no IMC</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

A tabela 5 mostra duas perspectivas diferentes em relação a silhueta, a primeira faz comparação entre qual figura corporal a estudante imagina representá-la e qual figura de silhueta ela gostaria de possuir, indicando uma distorção da realidade do peso corporal, os resultados mostraram que 55,4% das estudantes gostariam de ter silhueta de IMC menor, 29,3% não gostaria de alterar sua silhueta e 15,2% gostaria de possuir silhueta de IMC maior do que o identificado por elas. A segunda relação faz comparação entre a figura de silhueta que ela imagina representá-la e a figura de silhueta baseada no IMC (realidade), indicando uma insatisfação com o próprio corpo, os resultados mostraram que 82,6% das estudantes se identificaram com a silhueta de IMC maior daquele que representava sua realidade, 9,8% se identificaram com a silhueta de IMC de acordo com sua realidade e 7,6% se identificaram com a silhueta de IMC menor daquele que representava sua realidade.

*Tabela 5.* Distribuição da classificação em relação a escala de Silhuetas das universitárias em relação a diferença de como elas se veem e desejam ser e de como elas se veem e são classificadas no IMC. Brasília-DF, 2020.

		N	%
Diferença entre como se vê e como gostaria	Gostaria de ser menor	51	55,4%
	Sem diferença	27	29,3%
	Gostaria de ser maior	14	15,2%
Diferença entre realidade (IMC) e como se vê	Imagina ser maior	76	82,6%
	Sem diferença	9	9,8%
	Imagina ser menor	7	7,6%

Quando relacionado a compulsão alimentar e ansiedade entre as estudantes, foi observado que existe relação estatística ( $p=0,04$ ) entre universitárias com compulsão e com ansiedade.

*Tabela 6.* Relação entre compulsão alimentar e ansiedade das universitárias. Brasília-DF, 2020.

			Classificação da Ansiedade		Total
			Sem ansiedade	Com ansiedade	
Classificação da escala de compulsão	Sem CAP	N	17	61	78
		% Classificação da Ansiedade	100,0%	81,3%	84,8%

	Com CAP	N	0	14	14
		% Classificação da Ansiedade	0,0%	18,7%	15,2%
Total		N	17	75	92
		% Classificação da Ansiedade	100,0%	100,0%	100,0%

**P= 0,044 (com relação estatística)**

A tabela 7 mostra a relação entre o IMC e a presença de compulsão alimentar das estudantes, foi observado que 57,1% (n=8) das estudantes que possuíam CAP também eram eutróficas (p=0,02). Foi possível observar em números comparativos o aumento progressivo de estudantes com CAP conforme aumento do IMC.

*Tabela 7.* Relação entre classificação do IMC e compulsão alimentar das universitárias. Brasília-DF, 2020.

			Classificação da escala de compulsão		Total
			Sem CAP	Com CAP	
Classificação do IMC	Baixo peso	N	9	0	9
		% Classificação da escala de compulsão	11,5%	0,0%	9,8%
	Eutrofia	N	53	8	61
		% Classificação da escala de compulsão	67,9%	57,1%	66,3%
	Sobrepeso	N	11	3	14

		% Classificação da escala de compulsão	14,1%	21,4%	15,2%
Obesidade	N		5	3	8
		% Classificação da escala de compulsão	6,4%	21,4%	8,7%
Total	N		78	14	92
		% Classificação da escala de compulsão	100,0%	100,0%	100,0%

P= 0,020 (com relação estatística)

A tabela 8 mostra a relação entre o IMC e presença de ansiedade das estudantes, foi observado na tabela que não houve relação estatística entre a classificação de IMC e a ansiedade.

*Tabela 8.* Relação entre classificação do IMC e ansiedade das universitárias. Brasília-DF, 2020.

			Classificação da Ansiedade		Total
			Sem ansiedade	Com ansiedade	
Classificação do IMC	Baixo peso	N	4	5	9
		% Classificação da Ansiedade	23,5%	6,7%	9,8%
	Eutrofia	N	10	51	61
		% Classificação da Ansiedade	58,8%	68,0%	66,3%

	<b>Sobrepeso</b>	<b>N</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
		<b>% Classificação da Ansiedade</b>	<b>5,9%</b>	<b>17,3%</b>	<b>15,2%</b>
	<b>Obesidade</b>	<b>N</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
		<b>% Classificação da Ansiedade</b>	<b>11,8%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,7%</b>
<b>Total</b>		<b>N</b>	<b>17</b>	<b>75</b>	<b>92</b>
		<b>% Classificação da Ansiedade</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**P= 0,131 (sem relação estatística)**

A tabela 9 mostra a relação entre a comparação da silhueta desejada com a silhueta imaginada de si mesma e a presença de compulsão alimentar nas estudantes. A maioria das estudantes com CAP (85,7%) (n=12) gostariam de ser menor (P=0,04).

*Tabela 9.* Relação entre classificação da escala de silhuetas e compulsão das universitárias. Brasília-DF, 2020.

			Classificação da escala de compulsão	
			Sem CAP	Com CAP
Diferença entre como se vê e como gostaria	Gostaria de ser menor	N	39	12
		% Classificação da escala de compulsão	50,0%	85,7%
	Sem diferença	N	26	1
		% Classificação da escala de compulsão	33,3%	7,1%
		N	13	1



	Gostaria de ser maior	% Classificação da escala de compulsão	16,7%	7,1%
		N	78	14
Total		% Classificação da escala de compulsão	100,0%	100,0%

P= 0,04 (com relação estatística)

Já na tabela 10 mostra a relação entre a comparação da silhueta desejada com a silhueta imaginada de si mesma e a presença de ansiedade nas estudantes, foi encontrada relação estatística, em que 62,7% (n=47) das estudantes que são ansiosas gostariam de ser menor (p=0,00).

*Tabela 10.* Relação entre classificação da escala de silhuetas e ansiedade das universitárias. Brasília-DF, 2020.

			Classificação da Ansiedade	
			Sem ansiedade	Com ansiedade
Diferença entre como se vê e como gostaria	Gostaria de ser menor	N	4	47
		% Classificação da Ansiedade	23,5%	62,7%
	Sem diferença	N	10	17
		% Classificação da Ansiedade	58,8%	22,7%
	Gostaria de ser maior	N	3	11
		% Classificação da Ansiedade	17,6%	14,7%
Total		N	17	75
		% Classificação da Ansiedade	100,0%	100,0%

P= 0,00 (com relação estatística)

## DISCUSSÃO

Diante dos resultados mostrados, a maioria das participantes tem ansiedade sendo 81,6% e 15,3% das participantes possui CAP, 18,7% das participantes com ansiedade também apresentaram CAP, porém todas as estudantes com CAP apresentaram ansiedade. Já sobre a escolha da silhueta, observa-se que a maioria das participantes, gostaria ser menor do que se vê, porém 82,2% das participantes visualizam ser menor que a silhueta real baseada no IMC. Além desses resultados o cruzamento de dados mostrou que ansiedade e CAP tiveram relação estatística com a presença de insatisfação corporal das estudantes.

Um estudo anterior indica maior risco de desenvolvimento de psicopatologia e TCAP em jovens. A transição da adolescência para a idade adulta, fase do ciclo vital em que se encontram grande parte das estudantes universitárias, implica em tarefas individuais e sociais, como definições acerca da carreira, escolha de parceiros ou parceiras sexuais e estilos de vida. Esta população é, assim, especialmente vulnerável aos modelos e representações sociais vigentes, podendo expressar isso por adesão ou por oposição. O reforço social exercido pela família, pelos amigos e pela mídia em adolescentes e adultas jovens para se ter o corpo magro relaciona-se à presença de sintomas indicativos de transtornos alimentares e prediz o início desses sintomas nesta população (MORGAN, 2002).

Um estudo realizado com 100 mulheres entre 18 a 85 anos com diagnóstico clínico de obesidade (obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III ou mórbida), mostrou-se que 40% das participantes tinham obesidade grau I, 43% apresentavam ansiedade e 19% apresentavam compulsão alimentar e 4% apresentavam ansiedade e compulsão alimentar. Observou-se também que os indivíduos com obesidade grau II, 64,3% apresentaram ansiedade e, indivíduos com obesidade grau I, 23,0% apresentaram compulsão alimentar (SILVA, 2015). Esses resultados divergem do apresentado, visto que a maioria das estudantes que apresentaram compulsão alimentar eram eutróficas, e apenas 8% das estudantes tinham ansiedade e obesidade, por outro lado analisando a amostra de estudantes obesas do presente estudo, observamos que das 8 estudantes classificadas com obesidade 6 delas possuíam ansiedade mostrando um ponto de convergência com o estudo citado.

Em um estudo realizado com 491 universitárias, verificou-se que 44,8% eram da área de saúde sendo 20,7% apresentaram TCAP e 15,7% tinham o IMC maior que 25 kg/m<sup>2</sup>. Nesse mesmo estudo, observou-se uma influência entre o IMC e a compulsão alimentar onde, 54,5% das participantes com excesso de peso ou obesidade apresentaram compulsão alimentar (VITOLLO *et al.*, 2005). Esses dados também foram semelhantes aos apresentados no estudo, onde 42,8% das estudantes com sobrepeso e obesidade apresentaram compulsão alimentar.

As mesmas causas que podem gerar TCAP são capazes também de desenvolver Transtorno de Ansiedade Generalizada como por exemplo a pressão familiar para um bom posicionamento escolar, cobrança de si próprio para alcançar padrões estéticos, dentre outros já citados nesse estudo, que levam à problemas de saúde mental, sendo uma possível justificativa observando a alta prevalência de TAG na população jovem como indica estudo de Mondin (2013) onde 20,9% dos participantes entre 18 a 24 anos foram diagnosticados com transtorno de ansiedade, sendo outro indicativo de correlação com TCAP já que o comportamento compulsivo é acometido em maior parte das vezes em populações mais jovens, e quase exclusivamente em mulheres (SPITZER *et al.*, 1994), características comuns entre as psicopatologias gerais. O presente estudo mostrou uma alta prevalência de ansiedade entre a população estudada, sendo que a sua maioria eram mulheres jovens, além da prevalência de compulsão alimentar que foi condizente com os estudos citados.

Em uma revisão da literatura elaborada por Rosenbaum (2013) foi abordado que a ansiedade em alguns casos poderia ser fator importante no desenvolvimento e manutenção da compulsão alimentar sendo o comportamento compulsivo um modo de amenizar os sintomas causados pela ansiedade, além disso o estudo indica a ansiedade como causadora única e exclusiva para o desenvolvimento da TCAP pelo mesmo motivo. A hipótese levantada por Rosenbaum se mostrou promissora no presente estudo pois foi observado que 100% das estudantes classificadas com CAP também possuíam algum nível de ansiedade, indicando uma possível influência da ansiedade sobre a compulsão alimentar.

Outro estudo avaliou a compulsão alimentar em 111 indivíduos acometidos por doenças cardíacas com sobrepeso e obesidade, onde foi encontrado prevalência de 18% de TCAP, além de observar a ansiedade como o maior

indicativo que possivelmente exerceu influência para o desenvolvimento e manutenção do comportamento compulsivo (GARCIA, 2018).

Um estudo de 2020 observou 487 jovens italianos com idade média de 22 anos e avaliou a inconsistência entre a percepção e realidade da sua própria imagem e composição corporal observado pelos entrevistados, foi utilizado a bioimpedância como método de avaliação corporal, e a escala de silhueta de Stunkard como autoavaliação da imagem corporal dos participantes, o que tornou o estudo mais preciso por não analisar apenas IMC para tal abordagem (ZACCAGNI, 2020).

Os resultados corroboraram com a literatura científica mostrando uma tendência feminina à superestimação de peso tendo como resultado 24% das mulheres com percepção de peso aumentada (em geral mulheres eutróficas), o que mostra contraste em comparação aos homens que na maior parte das vezes estimam com maior precisão sua composição corporal com tendência a subestimar a gordura corporal. Porém no geral os participantes com pouca gordura de ambos os sexos superestimaram sua gordura corporal e a amostra com excesso de gordura subestimaram sua gordura corporal, gerando a conclusão de que os dois extremos possuem uma má percepção sobre sua imagem corporal (ZACCAGNI, 2020). Os dados desse estudo foram semelhantes aos dados apresentados no presente estudo, onde a maioria das estudantes avaliadas gostariam de ser menor do que realmente são.

O estudo realizado mostrou algumas limitações como a ausência de estudos semelhantes que analise a relação da ansiedade juntamente com a compulsão alimentar, a falta de precisão para identificar perfil corporal pela escala de silhueta e por conta da pandemia da Covid-19 que limitou o tamanho da amostra por impossibilitar o contato presencial com possíveis participantes do presente estudo e também pela possível influência da pandemia no desenvolvimento de ansiedade nas pessoas.

## CONCLUSÃO

Os resultados apresentados no estudo indicaram que na amostra avaliada existe uma relação estatística entre ansiedade e compulsão alimentar, reforçando a ideia de que a ansiedade pode atuar no desenvolvimento de TCAP como uma forma de amenizar os sintomas da TAG. Foi possível observar também que as participantes possuem uma distorção e insatisfação corporal sendo que tanto ansiedade quanto CAP influenciam na presença da insatisfação corporal, mostrando que elas não veem o real peso delas e assim se julgando ser “maiores” e desejando ter um IMC menor do que elas possuem.

A partir dessa conclusão é possível observar maior prevalência de inconsistência de percepção da imagem corporal em mulheres. Sabendo que a percepção corporal pode ser alterada por influência de fatores externos como a pressão social e familiar, traumas na infância e imposição midiática de um modelo de corpo a ser alcançado, se torna válido pensar que a alteração da percepção da imagem corporal seja um dos possíveis influenciadores no desenvolvimento do TCAP e TAG ou uma possível consequência de ambos os transtornos.

O presente estudo se mostra significativamente importante para o mundo acadêmico tendo em vista que não existem muitos estudos brasileiros testando hipóteses sobre a influência da presença de ansiedade no desenvolvimento de TCAP e correlações desses dois transtornos com IMC e imagem corporal, mostrando a necessidade de mais estudos sobre o tema, o estudo realizado abre caminho para abordagens diferentes e para mais trabalhos científicos com intuito de validação dessas hipóteses.

Vale ressaltar que o nutricionista tem um papel muito importante diante a esses transtornos, acompanhando, ajudando e orientando os pacientes como lidar com a compulsão alimentar e vale enfatizar também que para o tratamento e acompanhamento dos pacientes deve ser feito com uma equipe multidisciplinar, com nutricionistas, psicólogos e psiquiatras.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)**. 4 ed. Washinton: Artmed, 1994.

ANDRADE, L.H.S.G; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.

APPOLINARIO, J. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 75-76, jun. 2004.

AZEVEDO, A.; SANTOS, C.; FONSECA, D. Transtorno da compulsão alimentar periódica . **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 170-172, 1 jan. 2004.

BERNARDI, F. et al. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. **Rev. Psiquiatria RS**, v. 31, n. 3, p. 170-176, 2009.

FREITAS, S; LOPES, C.S; COUTINHO, W; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 215-220.

GARCIA, G.D; POMPOE, D.A; EID, L.P; CESARINO, C.B; PINTO, M.H; GONÇALVES, L.W.P. Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26,e.3040,2018.

GORMALLY, J; BLACK, S; DASTON, S; RARDIN, D. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addictive Behaviors**, v.7, issue. 1, p. 47-55, 1982.

KAKESHITA Idalina Shiraishi, ALMEIDA, Sebastião de Sousa. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. Departamento

de Psicologia e Educação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, Ribeirão Preto, SP, v.40, n.3, p.497-504, 2006.

MARCUS, M.D; WING, R.R, LAMPARSKI, D.M. Binge eating and dietary restraint in obese patients. **Addictive Behaviors**, v. 10, issue. 2, p. 163-168, 1985.

MONDIN, T.C; KONRADT, C.E; CARDOSO, T.A; QUEVEDO, L.A; JANSEN, K; MATTOS, L.D e *et al.* Anxiety disorders in young people: a population-based study. **Braz J Psychiatry**, Pelotas, RS, v.35, n.4, p.347-352, 2013.

MORGAN, C.M; VECCHIATTI, I.R; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.3, p.18-23, 2002.

NAPOLITANO, M.A.; HEAD, S.; BABYAK, M.A. et al.- Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. **International Journal of Eating Disorders**. v.30, p.193-203, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders:Global Health Estimates**. Geneva, Suíça. WHO Document Production Services, 2017. Link para o acesso: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

PALAVRAS, M.A. et al. Uma revisão dos estudos latino- americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33,supl.1, p.s81-s94 , maio. 2011.

PHILLIPS et al. **Manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ROSENBAUM, D.L; WHITE, K.S. The role of anxiety in binge eating behavior: A critical examination of theory and empirical literature. **Health Psychol Res**, v.1, ed.19, St. Louis, MO, USA, 2013.

SILVA, S. M. B. Sintomas de Ansiedade, Depressão, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida em Mulheres com Obesidade. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2015.

SPITZER, R.L; KROENKE, K; WILLIAM, J.B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Revista JAMA Medicina Interna**. v.166, n.10, p.1092-1097, 2006.

SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T. et al.- Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. **International Journal of Eating Disorders**. v.13, n.2, p.137-53, 1993.

VITOLO, M.R; BORTOLINI, G.A; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.28, n.1, p. 20-26,jan/abr. 2005.

ZACCAGNI, L; RINALDO, N; BRAMANTI, B. et al. Body image perception and body composition: assessment of perception inconsistency by a new index. **Journal of Translational Medicine**, v.18, n. 20,2020.



## ANEXO 1

### ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Semestre: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Instruções: Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

#### # 1

- ( ) 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- ( ) 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ( ) 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ( ) 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

#### # 2

- ( ) 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- ( ) 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- ( ) 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- ( ) 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

#### # 3

- ( ) 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- ( ) 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- ( ) 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- ( ) 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

#### # 4

- ( ) 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- ( ) 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- ( ) 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

#### # 5

- ( ) 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- ( ) 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- ( ) 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

#### # 6

- ( ) 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- ( ) 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- ( ) 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

**# 7**

- ( ) 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- ( ) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- ( ) 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- ( ) 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

**# 8**

- ( ) 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- ( ) 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- ( ) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- ( ) 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

**# 9**

- ( ) 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- ( ) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- ( ) 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

**#10**

- ( ) 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- ( ) 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- ( ) 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- ( ) 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

**#11**

- ( ) 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- ( ) 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- ( ) 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- ( ) 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

**#12**

- ( ) 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- ( ) 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- ( ) 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- ( ) 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

**#13**

- ☐ 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- ☐ 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- ☐ 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- ☐ 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

**#14**

- ☐ 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- ☐ 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- ☐ 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- ☐ 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou

não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

**#15**

- ☐ 1. Eu não penso muito sobre comida.
- ☐ 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- ☐ 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- ☐ 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

**#16**

- ☐ 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- ☐ 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- ☐ 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

## ANEXO 2

### Escala de ansiedade GAD-7

Semestre: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Nas últimas duas semanas, você se sentiu incomodado por alguma dessas coisas?	Nem um pouco	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação?	0	1	2	3
3. Preocupar-se demais com coisas diferentes?	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Se você verificou algum problema, qual a dificuldade desses problemas para você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se dar bem com outras pessoas?

Não é nada difícil

Um pouco difícil

Muito difícil

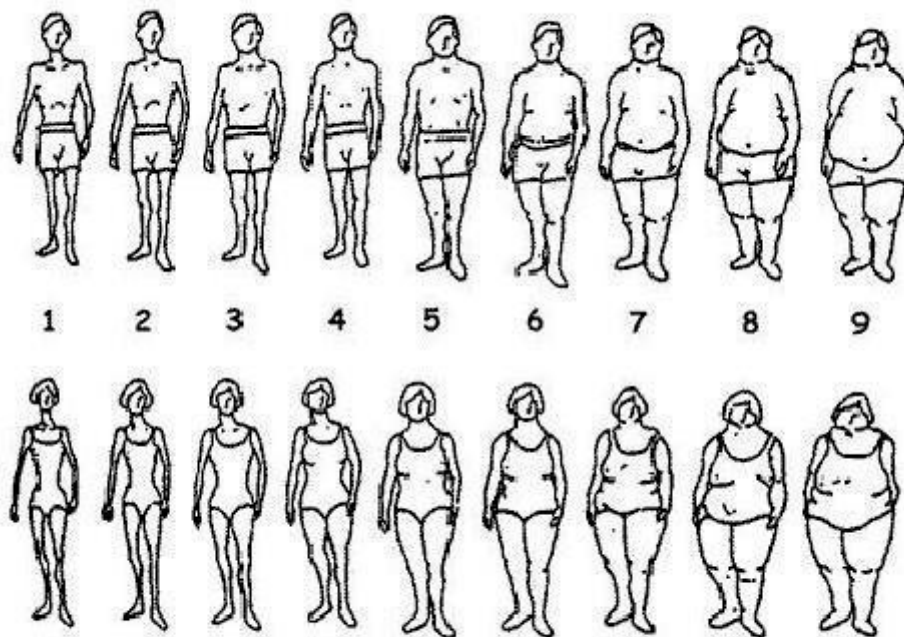
Extremamente difícil

### ANEXO 3

#### Escala de Silhuetas de Stunkard

Figura 1

Conjunto de silhuetas proposto para avaliação da imagem corporal.



Fonte: Stunkard AJ, *et al.* Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: Key SS *et al.* The genetics of neurological. New York; 1983.<sup>16</sup>